

本人用

エーザイ健康保険組合  
理事長 殿

### 口腔健診費用補助申請書

申請日	年 月 日		* 補助額欄を除く太枠内に記入してください		
保険証 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名 (社員氏名)			
事業所名		所属 (略号)		受診日	年 月 日
医療機関名					
検査費用		円	補助額		円

- ◆ 支払方法  
補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。

- ◆ 添付するもの  
\* 領収書の原本  
\* 医療機関発行の検査結果表のコピー  
定型の用紙がない場合には、ホームページにある歯科健診表を利用ください。

健保受付印

- ◆ 補助金について  
\* 5,000円までの実費

**(保険証を使用した場合は補助の対象外となります。)**

承認欄

常務理事	事務長	経理	担当